

Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH	Título
Russo, Daiana - Autor/a; Arteaga, Florencia - Autor/a; Rubiales, Josefina - Autor/a; Bakker, Liliana - Autor/a;	Autor(es)
Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (Vol. 13 no. 2 jul-dic 2015)	En:
Manizales	Lugar
Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE	Editorial/Editor
2015	Fecha
	Colección
Relaciones interpersonales; TDAH - Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad; Infancia; América Latina; Argentina;	Temas
Artículo	Tipo de documento
"http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20160115052423/CompetenciaSocial.pdf"	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO

<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)

Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)

www.clacso.edu.ar



Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Latin American Council of Social Sciences



Referencia para citar este artículo: Russo, D., Arteaga, F., Rubiales, J. & Bakker, L. (2015). Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 1081-1091.

Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH*

DAIANA RUSSO**

Profesora Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
Consejo de Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Conicet, Argentina.

FLORENCIA ARTEAGA***

Profesora Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

JOSEFINA RUBIALES****

Profesora Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
Consejo de Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Conicet, Argentina.

LILIANA BAKKER*****

Profesora Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

Artículo recibido en marzo 25 de 2014; artículo aceptado en mayo 19 de 2014 (Eds.)

• **Resumen (analítico):** *Objetivo: Establecer relaciones entre la autopercepción de la competencia social en niños y niñas con TDAH y el status sociométrico escolar. Alcance: Los resultados obtenidos permitirán elaborar estrategias de intervención psicológica como también diseñar abordajes educativos en el aula que fortalezcan la interacción social de estos niños y niñas. Metodología: Estudio descriptivo correlacional con un diseño ex post facto retrospectivo (Montero & León, 2007). La muestra estuvo compuesta por 157 niños y niñas con edades comprendidas entre 8 y 12 años. Conformamos dos grupos, clínico (n=5) y control (n=152), pareados por edad. Administramos el cuestionario Messy (Matson, Rotatori & Helsel, 1983) y el Test sociométrico (Moreno, 1962). Resultados: Los niños y niñas con TDAH son menos asertivos que los niños y niñas del grupo control. La mayoría presenta una posición aislada con respecto a su grupo de pares. Conclusiones: Estos niños y niñas presentan dificultad para establecer relaciones vinculares con sus compañeros y compañeras. No obstante, la autopercepción de sus competencias sociales no coincide en todos los casos con su status sociométrico escolar.*

Palabras Clave: infancia, relaciones interpersonales (Tesauro de Ciencias Sociales de la Unesco).

Palabras clave autoras: TDAH, competencia social, status sociométrico escolar.

* Este artículo de **investigación científica y tecnológica** forma parte de un proyecto sobre *Competencia social en niños con TDAH y sus relaciones con Funciones Ejecutivas* llevada a cabo por el Grupo de Investigación *Comportamiento Humano, Genética y Ambiente* de la Facultad de Psicología, UNMDP y el Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación, Cimepb. Con evaluación externa código 15/H152 Subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica PSI158/10. Período: enero 2010 a diciembre 2011. Área: Psicología; subárea: Psicología.

** Licenciada en Psicología. Becaria de Investigación Facultad de Psicología UNMDP. Diplomatura en Evaluación y Diagnóstico Neuropsicológico en niños y adolescentes. Correo electrónico: daianaprusso@gmail.com

*** Licenciada en Psicología. Diplomatura en Evaluación y Diagnóstico Neuropsicológico en niños y adolescentes. Fundación de Neuropsicología clínica. Correo electrónico: florenciararteaga@hotmail.com

**** Doctora en Psicología. Facultad de Psicología, UNMDP. Correo electrónico: josefinarubiales@gmail.com

***** Licenciada en Biología, Especialista en Docencia Universitaria. Profesora Adjunta y Directora de Grupo de Investigación. Facultad de Psicología UNMDP. Correo electrónico: lilianabakker@gmail.com



Social competence and sociometric status school in children diagnosed with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

• **Abstract (analytical):** This study investigates the links between self-perception of social competence in children with ADHD and school sociometric status. The results obtained allow for the development of psychological intervention strategies as well as the design of educational approaches in the classroom to strengthen social interaction for these children. This is a descriptive correlational study with an *expo facto* design (Montero & León, 2007). The sample consisted of 157 children aged between 8 and 12 years. Two groups were formed, clinical ($n = 5$) and control ($n = 152$), paired by age. The Messy questionnaire (Matson, Rotatori & Helsel, 1983) and the Sociometric Test (Moreno, 1962) were administered. Results of the study show that children with ADHD are less assertive than children in the control group and most of the children with ADHD are isolated from their peer group. The study concluded that these children have difficulty establishing bonds with their peers. However, their self-perception of their social skills doesn't always coincide with their school sociometric status in all cases.

Key words: children, relationships (Unesco Social Sciences Thesaurus).

Authors key words: ADHD, social competence, school sociometric status.

Competição social e status sociométrico em escolares diagnosticados com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

• **Resumo (analítico):** Objetivo: Estabelecer relações entre auto-percepção da competição social em crianças com TDAH e status sociométrico escolar. Alcance: Os resultados obtidos permitirão elaborar estratégias de intervenção psicológica, bem como a concepção de abordagens educativas em sala de aula para fortalecer a interação social dessas crianças. Metodologia: estudo descritivo e correlacional com desenho *ex post facto* retrospectivo (Montero & León, 2007). A amostra foi composta de 157 crianças com idades entre 8 e 12 anos. Foram formados dois grupos, clínico ($n = 5$) e controle ($n = 152$), pareados por idade. Foi aplicado o questionário Messy (Matson, Rotatori & Helsel, 1983) e Teste sociométrico (Moreno, 1962). Resultados: As crianças com TDAH são menos assertivas do que as crianças do grupo de controle. A maioria tem uma posição isolada em relação ao seu grupo de pares. Conclusões: Estas crianças têm dificuldade em estabelecer relações de ligação com os pares. No entanto, a auto-percepção de suas habilidades sociais não coincide em todos os casos com o status sociométrico escolar.

Palavras-chave: infância, relações interpessoais (Tesauro de Ciências Sociais da Unesco).

Palavras-chave autores: TDAH, competição social, status sociométrico escolar.

-1. Introducción. -2. Método. -3. Resultados. -4. Conclusiones. -Lista de referencias.

1. Introducción

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones neuroconductuales más frecuentes en la infancia y en la adolescencia (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén & Carretié, 2008, Cardo, Servera, Vidal, De Azua, Redondo, y Riutort, 2011). Se caracteriza por tres síntomas nucleares: inatención, impulsividad e hiperactividad. El mayor o menor predominio de alguno de ellos da lugar a tres subtipos:

TDAH predominantemente inatento, TDAH predominantemente hiperactivo-impulsivo, y TDAH combinado (Pardos, Fernández-Jaén & Fernández-Mayoralas, 2009). La prevalencia mundial del TDAH es del 5,29% en niños y niñas en edad escolar (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007), siendo más frecuente en niños que en niñas con una relación de tres a uno (Valdizán, Mercado & Mercado-Undanivia, 2007). En la mayoría de los casos, algunos de los síntomas persisten en la edad adulta (Pardos et al., 2009). El

diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe responder a determinados criterios enmarcados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Los síntomas de este trastorno tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren no solo en la esfera conductual sino también en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, causando una importante morbilidad y disfuncionalidad en el niño o niña, en el grupo de compañeros y compañeras, y en su familia (Cardo & Servera, 2008, Miranda-Casas & Soriano-Ferrer, 2010, Salamanca, 2010).

A pesar de ello, la investigación sobre el trastorno se ha centrado fundamentalmente en los aspectos cognitivos (Artigas-Pallarés, 2009, Barkley, 2006, Henríquez-Henríquez, Zamorano-Mendieta, Rothhammer-Engel & Aboitiz, 2010), dejando en un segundo plano el deterioro de otros aspectos clave del desarrollo infantil y de la salud mental, como son las relaciones sociales y la competencia emocional. Actualmente estos aspectos se recogen en las clasificaciones actuales como características asociadas o secundarias, siendo cada vez más los estudios que apuntan a la presencia de una alteración de las relaciones sociales y de la regulación emocional (Albert et al., 2008, Jara-Jiménez, García-Castellar & Sánchez-Chiva, 2011).

Los niños y niñas con TDAH tienen un riesgo significativo de presentar dificultades en su socialización; aproximadamente entre el 50% y el 75% muestran problemas relacionados con los otros (Schafer & Semrud-Clikeman, 2008). El sentimiento de rechazo por parte de sus compañeros y compañeras, los conflictos continuos en el medio escolar y las experiencias de fracaso constantes, unidas a las reacciones habituales de los sujetos adultos en forma de críticas, pueden conducirlos a un pobre autoconcepto, afectando la autoestima y la competencia social (Gratch, 2009).

La competencia social ha sido considerada como una medida sumativa del rendimiento social en las interacciones con iguales y con personas adultas en distintas situaciones, valorada por agentes sociales significativos,

como padres, madres y docentes, incluyendo además al propio niño o niña (Gresham, 1986). Esta forma de entender la competencia social se asienta en un enfoque multivariado, que se sustenta en una evaluación multimétodo, multifuente y multicontexto, en la cual cada sujeto evaluador aporta su punto de vista propio, y conjuntamente contribuyen a una visión más completa de la competencia social del niño o niña (Trianes et al., 2002).

Algunos estudios indican que, en contraste con el elevado grado de rechazo social, los niños y niñas con TDAH tienen percepciones erróneas de su aceptación o rechazo social, sobrestiman sus competencias, y las autopercepciones suelen ser más inexactas en las áreas más comprometidas. Otros estudios aportan datos contradictorios y encuentran que los niños y niñas con TDAH se perciben a sí mismos como diferentes a los demás niños y niñas de su edad, en relación con su propio comportamiento (Barber, Grubbs & Cotrell, 2005, García-Castellar, Presentación-Herrero, Siegenthaler-Hierro & Miranda-Casas, 2006, Hoza et al., 2004, Lora-Muñoz & Moreno-García, 2008).

Un concepto relacionado con el de competencia social, es el de habilidades sociales. Si bien los dos conceptos se ubican dentro de lo que se denomina comportamiento adaptativo, pueden ser diferenciados (Reyna, Ison & Brussino, 2011). Las habilidades sociales se definen como repertorios de comportamientos que se presentan en la vida cotidiana y que contribuyen al logro de buenos resultados en las relaciones interpersonales (Camacho-Gómez & Camacho-Calvo, 2005). Los estudios que han valorado habilidades sociales específicas en el TDAH, han mostrado que estos niños y niñas presentan dificultades en habilidades tales como la asertividad, la cooperación y el autocontrol, y muestran dificultades no solo para percibir y comprender las relaciones lógicas y causales que implica la cognición social, sino también para prevenir y elegir el comportamiento más adecuado en situaciones sociales (Díez, García-Sánchez, Robledo & Pacheco, 2009).

Los autoinformes son indispensables para conocer la autopercepción y autovaloración que el niño o niña tiene acerca de su competencia

social, pero también es importante tener en cuenta la autopercepción que el grupo de pares tiene en relación con el niño o niña con TDAH (Trianes et al., 2002, Trianes, Blanca, García, Muñoz & Fernández, 2007).

Las relaciones con los pares, la aceptación, o el juicio de los mismos, son el indicador clave de la competencia social. Esto puede evidenciarse a través de los tests sociométricos, los cuales constituyen medidas indirectas del estatus social (Pardos et al., 2009).

El estatus sociométrico se refiere a la posición que ocupan las personas dentro del grupo al que pertenecen, fundamentado en el valor y número de las elecciones que el niño o niña emite y recibe por parte de los miembros del grupo, permitiendo identificar también la capacidad y posibilidad de adaptación de este niño o niña a un grupo (Bezanilla, 2012). Diversas investigaciones señalan que los niños y niñas con TDAH, son rechazados por sus compañeros y compañeras, debido a que, por su sintomatología, presentan mayor cantidad de conductas desorganizadas, disruptivas e inesperadas (García & Hernández, 2010, Gratch, 2009, Pardos et al., 2009).

A raíz de la divergencia de los resultados obtenidos en las investigaciones señaladas, nuestro objetivo en el presente trabajo es establecer relaciones entre la percepción de la competencia social y el status sociométrico escolar en niños y niñas con diagnóstico de TDAH.

2. Método

Tipo de estudio

Se corresponde con un diseño de tipo ex post facto retrospectivo con dos grupos: clínico (n=5) y cuasi control (n=152), según la clasificación de Montero y León (2007).

Participantes

Muestra compuesta por 157 niños y niñas con edades comprendidas entre 8 y 12 años. Conformamos de forma intencional dos grupos: la muestra clínica estuvo compuesta por cinco (5) niños y niñas -tres varones y dos mujeres- con

diagnóstico de TDAH derivados por médicos y médicas neurólogos pertenecientes a Centros de Salud de la ciudad de Mar del Plata, Argentina; y la muestra control estuvo compuesta por 152 niños y niñas sin diagnóstico de TDAH pareados por sexo, edad y nivel de instrucción, los cuales formaban parte del grupo escolar de cada niño y de cada niña de la muestra clínica.

La evaluación del presente trabajo la hicimos posteriormente a una evaluación mayor, para confirmar el diagnóstico en los niños y niñas de la muestra clínica, que consistió en una entrevista con los padres y madres, y una evaluación neuropsicológica con los niños y niñas. Los criterios de inclusión para la muestra clínica fueron: diagnóstico de TDAH por los médicos y médicas neurólogos derivantes, criterios diagnósticos para el TDAH según el DSM-IV TR, valores por encima del punto de corte esperado en la escala específica de TDAH (SNAP IV) y nivel intelectual (C. I.) promedio.

Por otro lado, contactamos a los niños y niñas de la muestra control y a sus padres y madres. Los niños y niñas asistían a las mismas instituciones educativas que los niños y niñas con TDAH, siendo compañeros y compañeras de curso de los mismos. Los criterios de inclusión para la muestra control fueron: no cumplir el criterio diagnóstico para el TDAH según el DSM-IV, valores por debajo del punto de corte esperado en la escala específica de TDAH, y C. I. promedio.

En ambas muestras excluimos a niños y niñas con antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas, con trastornos del aprendizaje, y con retraso mental.

Instrumentos

Para realizar la confirmación del diagnóstico de TDAH utilizamos los criterios de inclusión para el diagnóstico del DSM-IV TR (APA, 2013); la Escala estandarizada de Swanson, Nolan y Pelham versión adaptada a los criterios del DSM IV para padres, madres y docentes (Snap IV), cuya validez empírica para inatención posee una sensibilidad de 54% y una especificidad de 78%, y para hiperactividad-

impulsividad los valores son de 86% y 73,5%, respectivamente (Grañana et al., 2006); y el listado de síntomas *Child Behavior Checklist CBCL* (Samaniego, 1998), con los siguientes coeficientes de alpha de Cronbach: problemas internalizadores, 0,90; externalizadores, 0,94; y el total de problemas, 0,97 (Albores-Gallo et al., 2007).

Para evaluar la competencia social autopercebida utilizamos la versión en español adaptada por Trianes et al. (2002), del cuestionario de *The Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters (Messy)* (Matson, Rotatori & Helsel, 1983). Este instrumento permite evaluar el grado de adecuación de la conducta social, midiendo habilidades, competencias, y problemas del comportamiento social, y es aplicable a niños, niñas y adolescentes de 4 a 18 años de edad (Ipiña, Molina, Guzmán & Reyna, 2010).

El cuestionario para estudiantes comprende ítems agrupados en cinco dimensiones:

- 1) *Habilidades sociales apropiadas* (23 ítems): dimensión que evalúa conductas como expresividad emocional, tener amigos y amigas, compartir, entre otras.
- 2) *Asertividad inapropiada* (16 ítems): esta dimensión explora conductas agresivas, de burla o abuso de los demás.
- 3) *Impulsividad* (5 ítems): evalúa conductas impulsivas, como enojarse, burlarse o criticar a los demás.
- 4) *Sobreconfianza* (5 ítems): esta dimensión explora conductas de sobrevaloración del yo, como agrandarse frente a los demás o actuar como si fuese mejor que los demás, entre otras.
- 5) *Celos/ Soledad* (4 ítems): explora conductas como enojarse y ponerse celoso cuando a otros les va bien, entre otras.

El comportamiento del niño o niña se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos: nunca (1), a veces (2), a menudo (3) y siempre

(4). Una mayor puntuación indica un nivel más alto de comportamientos inadecuados (dimensiones de 2 a 5) y un nivel más alto de comportamientos adecuados socialmente (dimensión 1), en tanto que la puntuación total refleja una mayor inadecuación social.

El índice de inadecuación social se obtiene restando al máximo valor posible para la dimensión 1 (92 puntos), el total de los puntajes obtenidos por el niño o niña en esa dimensión; posteriormente se suma esa diferencia a la puntuación obtenida de la suma total de las dimensiones inadecuadas (2 a 5) (Ipiña et al., 2010).

En relación con la consistencia interna de este instrumento, se evidencian buenos índices en el estudio de Matson et al. (1983), con valores alfa de Cronbach de 0.54 a 0.80.

Para evaluar el status sociométrico en el aula utilizamos el Test sociométrico (Moreno, 1962). El mismo constituye una técnica que explora las interacciones entre los miembros de un grupo, poniendo de manifiesto los lazos de preferencia que existen en el mismo (Gueventter, 1981).

El test se implementa de manera grupal; consiste en la formulación de tres preguntas a todos los miembros del grupo para que expresen sus preferencias. En este sentido, las preguntas están destinadas a que cada niño o niña elija a dos compañeros o compañeras para sentarse en clase, a dos para compartir el recreo y a dos más para invitar a su casa.

Procedimiento

Suministramos los instrumentos en las instituciones educativas donde concurrían los niños y niñas de ambas muestras. La participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento informado de los padres y madres, de los niños y niñas, y de las autoridades de las instituciones. Durante el desarrollo del trabajo nos preocupamos por respetar los principios éticos de la investigación con seres humanos, procurando las condiciones necesarias para proteger la confiabilidad y para actuar en beneficio de los sujetos participantes.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos de la escala Messy y del Test Sociométrico fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo, utilizando el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15. Para realizar la comparación de medias entre los grupos utilizamos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, una alternativa a la prueba t sobre diferencia de medias cuando no se cumplen los supuestos en los que se basa la prueba t (normalidad y homocedasticidad) (Pardo & Ruiz, 2000). También calculamos el tamaño del efecto de las diferencias, para lo cual utilizamos la clasificación por rangos de Cohen (Quezada, 2007). Con el objetivo de explorar la existencia de relaciones entre la escala Messy

y el test sociométrico, aplicamos una prueba de correlación bivariada para medidas no paramétricas, con el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Por otra parte, por ara obtener el valor total de la escala. en Excel para arriivar a los resultados de cada Factor de la escala sumando los para llevar a cabo el análisis de los datos del Test sociométrico usamos el programa computarizado Classroom Sociometrics.

3. Resultados

Competencia social: En la tabla 1 presentamos los estadísticos descriptivos para cada factor del Cuestionario Messy en función de la pertenencia al grupo control y al grupo clínico.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos (M y DE), prueba U de Mann-Whitney y tamaño del efecto Cohen's d para cada dimensión en el grupo clínico y grupo control.

Dimensiones	Grupo Control		Grupo Clínico		Sig.	d
	Media	DE	Media	DE		
1.Habilidades sociales apropiadas	65.52	13.19	68.20	15.73	.51	.20
2.Asertividad inapropiada	23.09	7.68	28.80	7.88	.03*	.74
3.Impulsividad	5.76	2.04	6.00	1.22	.33	.11
4.Sobreconfianza	7.66	2.52	6.80	1.30	.56	.34
5.Celos/Soledad	5.38	1.64	5.80	1.78	.54	.25
Total	68.36	20.56	71.20	21.14	.66	.13

* Diferencias significativas al nivel .05.

El análisis de la misma permite observar que las medias para el grupo clínico se encuentran dentro de la media respecto al grupo control en todas las dimensiones. El puntaje total para el grupo clínico, si bien se encuentra dentro de la media, presenta un valor mayor que el grupo control.

Con el objeto de comparar ambos grupos y determinar si estas diferencias resultan estadísticamente significativas, aplicamos la prueba U de Mann-Whitney. Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo control y el grupo clínico respecto a la dimensión "asertividad inapropiada". En relación con el resto de las dimensiones (1, 3, 4

y 5), no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos.

La tabla 2 presenta las puntuaciones de cada dimensión para cada uno de los participantes de la muestra clínica.

Tabla 2. Medias para cada participante del Grupo clínico.

	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5	Total
Niño 1	76	27	6	5	4	58
Niño 2	63	41	8	8	6	92
Niña 3	43	25	6	6	8	94
Niño 4	82	20	5	7	4	46
Niña 5	77	31	5	8	7	66

- Niño 1: presenta valores dentro de la media para todos los factores a excepción de la dimensión 4 (*sobreconfianza*), en la cual presentó un puntaje inferior al término medio.
- Niño 2: supera al término medio en la dimensión 2 (*asertividad inapropiada*), y en la dimensión 3 (*impulsividad*). En el total obtiene un puntaje superior al término medio.
- Niña 3: presenta un valor por debajo de la media en la dimensión 1 (*habilidad social apropiada*), mayor al término medio en la dimensión 5 (*celos/soledad*). En el puntaje total supera al término medio.
- Niño 4: muestra un valor por encima de la media en la dimensión 1 (*habilidad social apropiada*), siendo menor el valor obtenido en el puntaje total.
- Niña 5: presenta un puntaje mayor al término medio en la dimensión 2 (*asertividad inapropiada*).

Estudio sociométrico: a partir del análisis de las frecuencias de elecciones que realizaron los niños y niñas en las tres preguntas del Test sociométrico, y de los grupos que se establecían a partir de las mismas, pudimos observar que:

- El niño 1 se encuentra en una posición aislada con respecto a su grupo de pares. En el grupo áulico se observan varios subgrupos, con notable división entre varones y mujeres, no encontrándose integrado en ninguno de ellos.
- La niña 2, si bien se encuentra en una posición similar a la mayoría de sus compañeros y compañeras, compartiendo el juego y los momentos recreativos, no puede indicarse lo mismo en referencia a

sus actividades académicas, en las cuales se encuentra en una posición algo aislada respecto al grupo.

- El niño 3 realiza elecciones variadas y dirigidas únicamente a compañeros varones, recibiendo solo una elección mutua. Por otra parte, se presentan subgrupos en el curso con liderazgos tanto de sexo masculino como femenino, no encontrándose el niño incluido en ningún subgrupo.
- El niño 4 fue elegido por varios de sus compañeros y compañeras tanto en lo recreativo como en lo académico, encontrándose en una posición de interrelación muy buena con respecto al grupo. El grupo áulico presenta un índice elevado de interacciones sociales e intención de vínculos, característica posiblemente favorecedora del status sociométrico positivo del niño.
- La niña 5, si bien parece estar formando parte de un subgrupo, debido a que mantiene elecciones entrecruzadas entre varias niñas, no ha recibido elecciones mutuas que permitan confirmar que se encuentra formando parte del mismo.

La tabla 3 presenta los estadísticos descriptivos para cada pregunta, en función de la pertenencia al grupo control y al grupo clínico y la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos (M y DE), prueba U de Mann-Whitney y tamaño del efecto Cohen's d para cada pregunta del Test Sociométrico en el grupo clínico y grupo control.

	Grupo Control		Grupo Clínico		Sig.	d
	Media	DE	Media	DE		
Socio Pregunta1	1.86	1.61	1.60	2.51	.28	.15
Socio Pregunta2	1.86	1.73	1.40	1.34	.70	.26
Socio Pregunta3	1.88	1.55	1.50	1.00	.67	.24
Socio Total	5.61	4.18	4.80	4.20	.57	.19

El análisis de la misma permite observar que las medias para el grupo clínico son inferiores respecto al grupo control en todas las preguntas, y que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la cantidad de elecciones.

Finalmente, aplicamos una prueba de correlación con el objetivo de explorar la existencia de relaciones entre la escala Messy y el Test sociométrico.

Tabla 4. Correlación entre las preguntas del Status sociométrico (Test Sociométrico) y las dimensiones de la Competencia Social (Cuestionario Messy).

Cuestionario Messy		Dim 1	Dim.2	Dim.3	Dim.4	Dim.5	Total
Test Sociométrico							
Pregunta 1	Rho Spearman	.12	-.07	-.07	.00	-.01	-.11
	Sig. (bilateral)	.32	.58	.54	.96	.90	.35
Pregunta 2	Rho Spearman	.27(*)	-.06	-.01	.14	.11	-.20
	Sig. (bilateral)	.03	.62	.88	.27	.35	.10
Pregunta 3	Rho Spearman	.18	.01	.11	.12	.23	-.06
	Sig. (bilateral)	.16	.88	.36	.32	.06	.64

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la misma se observa que existe una correlación positiva de intensidad baja entre la pregunta 2 del Test Sociométrico y la dimensión 1 de la Escala Messy.

4. Conclusiones

El análisis hecho permite inferir que los niños con diagnóstico de TDAH presentan dificultad para establecer relaciones vinculares

con sus compañeras y compañeros.

Los resultados evidenciaron que los niños y niñas con TDAH son menos asertivos que sus pares, es decir, presentan mayores conductas agresivas, de burla o abuso de los demás. Se define la conducta asertiva como un estilo de interacción social positiva que afirma los derechos u opiniones propios sin herir a otras personas y sin conformarse pasivamente (Trianes et al., 2002). En este sentido, la falta

de asertividad puede entenderse de dos formas: por un lado, serán poco asertivas aquellas personas consideradas tímidas, dispuestas a dejarse humillar y a no ser respetadas; y por otro lado, también lo serán las personas que se situarían en el polo opuesto: las agresivas, que humillan a los demás y no tienen en cuenta las necesidades del otro (Camacho-Gómez & Camacho-Calvo, 2005). La asertividad permite establecer relaciones positivas y constructivas, ya que las personas que utilizan un estilo asertivo expresan sus sentimientos, piden lo que quieren y dicen no a lo que no quieren (Naranjo-Pereira, 2008).

Por otro lado pudimos observar que, aun considerando el tamaño de la muestra clínica, la mayoría de los niños y niñas con el trastorno se encuentran aislados, en una posición desventajosa respecto al grupo, puesto que reciben una menor cantidad de elecciones de sus compañeros y compañeras. Las dificultades sociales encontradas podrían vincularse a que estos niños y niñas por lo general no se adaptan a las convenciones sociales esperadas dentro de determinados contextos sociales, puesto que las exigencias imprescindibles para formar parte de un grupo suponen compartir y respetar reglas, acatar los códigos asumidos por todos los miembros y sentirse cómplices en las iniciativas que se derivan de los propios juegos; y estos requisitos, que exigen atención, autocontrol e inhibición de las propias conductas, suelen verse afectados en los niños y niñas con TDAH (Aguilar-Roldán, 2009).

Respecto a la relación entre la autopercepción que los niños y niñas tienen acerca de sus competencias sociales y el status sociométrico que ocupan dentro del aula, solo evidenciamos una correlación positiva de baja intensidad entre este último y la autopercepción de habilidades sociales apropiadas, dando cuenta de una débil asociación entre las autopercepciones de los niños y niñas y su status sociométrico. En los casos particulares, solo uno de los niños presenta una posición ventajosa respecto a su grupo de pares con una percepción positiva acerca de su competencia social. El resto de los niños y niñas presentaron una posición desventajosa dentro de su grupo áulico, la mitad con una percepción inadecuada

de sus competencias sociales y la otra mitad con una percepción adecuada de las mismas. Dado que los datos aportados muestran una débil asociación, serían necesarios otros estudios con una mayor muestra clínica que permitan clarificar los datos contradictorios acerca de la asociación entre la percepción que los niños y niñas con TDAH poseen respecto a su competencia social y su status sociométrico en el ámbito escolar.

Una de las limitaciones de este estudio es el tamaño pequeño de la muestra, que se debe a los inconvenientes que se presentan habitualmente para evaluar pacientes diagnosticados con alguna patología y que cumplan con todos los criterios de inclusión que se requieren en un diseño de investigación. Como lo mencionamos anteriormente, sería recomendable ampliar la muestra a un número de niños y niñas que permita generalizar los datos de acuerdo a estadísticas de prevalencia del trastorno.

Además, recomendamos que los estudios futuros incorporen nuevos informantes -principalmente padres, madres y docentes-, para obtener una imagen más precisa del desempeño social del niño o niña al contar con información de un abanico más amplio de contextos sociales, y de esta manera obtener una visión integral de la competencia social que permita implementar acciones de intervención adecuadas a los niños y niñas con el diagnóstico, y así promover una mejor calidad en sus interacciones sociales.

Lista de referencias

- Aguilar-Roldán, M. L. (2009). Dificultades escolares, sociales y familiares del niño hiperactivo. ¿Cómo es su vida cotidiana? *Revista Digital: Investigación y educación*, 53.
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. & Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47 (1), pp. 39-45.
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Cárdenas, J., Pérez, A. & Villanueva, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM.



- Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (6), pp. 393-399.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
- Artigas-Pallarés, J. (2009). Dislexia: enfermedad, trastorno o algo distinto. *Revista de Neurología*, 48 (2), pp. 63-69.
- Barber, S., Grubbs, L. & Cottrell, B. (2005). Self perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 20 (4), pp. 235-245.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Bezanilla, J. M. (2012). *Sociometría: Un Método de Investigación Psicosocial*. México, D. F.: PEI Editorial.
- Camacho-Gómez, C. & Camacho-Calvo, M. (2005). Habilidades sociales en la infancia. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*, 3 (1), pp. 1-27.
- Cardo, E. & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46 (6), pp. 365-372.
- Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., De Azua, B., Redondo, M. & Riutort, L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52 (1), pp. 109-117.
- Díez, M., García-Sánchez, J., Robledo, P. & Pacheco, D. (2009). Habilidades sociales y composición escrita en alumnos con dificultades de aprendizaje y/o bajo rendimiento. *Boletín de Psicología*, (95), pp. 73-86.
- García, A. M. & Hernández, S. (2010). Alteraciones emocionales en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 27 (1), pp. 17-24.
- García-Castellar, R., Presentación-Herrero, M. J., Siegenthaler-Hierro, R. & Miranda-Casas, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 42 (2), pp. 13-18.
- Grañana, N., Richaudeau, A., Robles-Gorriti, C., Scotti, M., Fejerman, N. & Allegri, R. (2006). Detección de síntomas para trastorno por déficit de atención e hiperactividad: escala Snap IV, validación en Argentina. *Revista Neurológica Argentina*, 28 (1), p. 20.
- Gratch, L. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Gresham, F. M. (1986). Conceptual and Definitional issues in the Assessment of Children's Social Skills: Implications for Classifications and Training. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15 (1), pp. 3-15.
- Gueventter, E. (1981). *Medida de la Relación Social en el Aula*. Buenos Aires: Docencia.
- Henríquez-Henríquez, M., Zamorano-Mendieta, M., Rothhammer-Engel, F. & Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Revista de Neurología*, 50 (2), pp. 109-116.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham Jr., W. E., Molina, B. S. & Wigal, T. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), pp. 382-391.
- Ipiña, M. J., Molina, L., Guzmán, R. & Reyna, C. (2010). Comparación del desempeño social en niños con sordera profunda y audición normal, según distintos informantes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (3), pp. 1077-1098.
- Jara-Jiménez, P., García-Castellar, R. & Sánchez-Chiva, D. (2011). *Competencias sociales de los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad "TDAH": Valoración desde el entorno*

- familiar y escolar. Castelló: Quaderns Digitals.
- Lora-Muñoz, J. A. & Moreno-García, I. (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), pp. 317-329.
- Matson, J. L., Rotatori, A. F. & Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (Messy). *Behaviour Research and Therapy*, 21 (4), pp. 335-340.
- Miranda-Casas, A. & Soriano-Ferrer, M. (2010). Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Información Psicológica*, (100), pp. 100-114.
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology International. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), pp. 847-862.
- Moreno, J. L. (1962). *Fundamentos de Sociometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Naranjo-Pereira, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Actualidades Investigativas en Educación*, 8 (1), p. 10-27.
- Pardo, A. & Ruiz, M. (2000). *Spss 11 guía para el análisis de datos. Análisis no paramétrico*. México, D. C.: Mc Graw Hill.
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A. & Fernández-Mayoralas, M. (2009). Habilidades sociales en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (2), pp. 107-111.
- Polanczyk, G., Silva, M., Lessa, B., Bierderman, J. & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal Psychiatry*, 164 (6), pp. 942-948.
- Quezada, C. (2007). Potencia estadística, sensibilidad y tamaño de efecto: ¿un nuevo canon para la investigación? *Onomázein*, 16, pp. 159-170.
- Reyna, C., Ison, M. S. & Brussino, S. (2011). Comportamiento social y procesamiento de la información social en niños argentinos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (1), pp. 57-78.
- Salamanca, L. M. (2010). Construcción, validación y confiabilidad de un cuestionario sobre niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8 (2), pp. 1117-1119.
- Samaniego, V. (1998). *El Child Behaviour Checklist: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años*. Buenos Aires: Ubacyt, Mimeo.
- Schafer, V. & Semrud-Clikeman, M. (2008). Neuropsychological Functioning in Subgroups of Children With and Without Social Perception Deficits and/or Hyperactivity-Impulsivity. *Journal of Attention Disorders*, 12 (2), pp. 177-190.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., García, B., Muñoz, A. & Fernández, F. J. (2007). El comportamiento infantil asertivo ante adultos: un examen de relaciones entre variables y fuentes. *Infancia y Aprendizaje*, 30 (2), pp. 163-182.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Muñoz, A., García, B., Cardelle-Elawar, M. & Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: Profesores, iguales y autoinformes. *Anales de psicología*, 18 (2), pp. 197-214.
- Valdizán, J., Mercado, E. & Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, 44 (2), pp. 27-30.